3

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNEE 1909 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 octobre 1909, à 1 heure

Par G. DUVAL

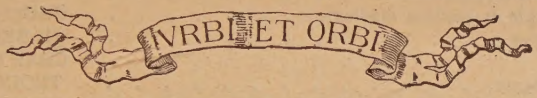
DE

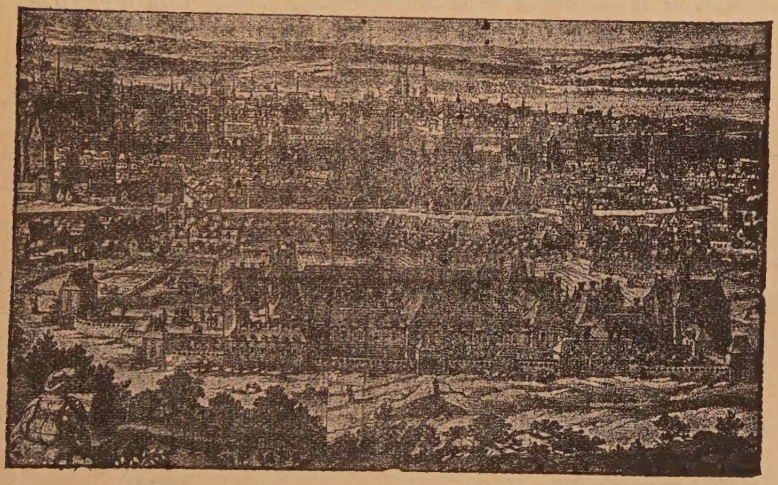
L'AUSCULTATION DU SOMMET DU POUMON

ENTRE LES DEUX CHEFS DU MUSCLE STERNO-CLEIDO-MASTOIDIEN

ET DE SON APPLICATION

DANS LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE





L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur.*
BRANCA et COUVELAIRE, *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail. Qu'il lui soit le témoignage de ma profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A M. LE DOCTEUR RAMOND

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur A. SIREDEY

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

(1903-1904)

M. le Docteur MARION

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

(1904)

M. le Docteur PETIT

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIÉU

(1904-1905)

M. le Docteur LABADIE-LAGRAVE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

(1906-1907)

M. le Docteur LACOMBE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

(1907-1908)

M. le Docteur TISSIER

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

(1908-1909)

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES

M. le Docteur HERBET

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

(1905-1906)

M. le Professeur BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

(1906)

Sur la fin de nos études médicales, nous avons été amené à suivre la consultation de médecine de l'hôpital de la Pitié. C'est là que nous avons eu l'occasion de voir le Dr Ramond expérimenter une nouvelle méthode d'auscultation du sommet du poumon. Nous avons suivi ses recherches avec le plus grand intérêt et il nous a donné l'idée d'étudier ce point spécial d'auscultation pulmonaire.

Le Dr Ramond a bien voulu se mettre à notre disposition pour nous donner tous les renseignements nécessaires nous permettant de mener à bien ce travail et nous nous sommes efforcé d'exposer le plus clairement possible ce que nous avons pu apprendre pendant le temps que nous avons passé près de lui.

Nous serions particulièrement heureux si nous pouvions arriver au résultat désiré.

GENERALITÉS

« Je ne connais pas d'erreur plus dangereuse, disait Grancher en 1905 à l'Académie de Médecine, et plus préjudiciable à l'intérêt d'un tuberculeux, que cette méconnaissance de la succession des signes physiques, qui caractérisent, chacun pour sa part, la présence de tubercules dans le poumon ; or tout médecin accordera que ces signes viennent successivement s'ajouter l'un à l'autre et à longues échéances.

« Pourquoi donc attendre si longtemps ? C'est que l'idée d'incurabilité des tuberculeux a rendu les médecins peureux de ce diagnostic. »

Donc, le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la période de début s'impose dans l'intérêt même des tuberculeux, car cette période de début est la période curable par excellence.

Quels seront alors, à cette période, les éléments de diagnostic ? Ce seront d'une part les symptômes fonctionnels et généraux, d'autre part les signes physiques qui, ajoutés aux précédents, viendront confirmer et com-

pléter le diagnostic. Mais, comme le fait bien remarquer Barbier, « d'ordinaire ces symptômes généraux ou fonctionnels sont ressentis par le malade, pour peu qu'il s'observe, avant que la toux n'éveille sérieusement son inquiétude. C'est pour eux seuls, le plus souvent, qu'il vient consulter le médecin, sans qu'aucun signe, en dehors d'une appréhension inconsciente ou non, n'attire l'attention sur le poumon... La maladie est alors caractérisée par des *phénomènes généraux d'imprégnation ou d'intoxication tuberculeuse coïncidant avec des respirations anomales perçues en général dans le sommet des poumons.* Ces deux conditions sont nécessaires pour le diagnostic. Nous n'insisterons jamais assez sur ce point. »

Par conséquent le diagnostic de la tuberculose au début doit reposer sur un ensemble de signes généraux et fonctionnels, qui, cependant, ne peuvent donner que des présomptions, tant qu'on n'aura pas trouvé de signes physiques. Il faudra donc rechercher ces signes physiques qui, seuls, pourront permettre d'interpréter dans un sens ou dans l'autre les symptômes généraux et fonctionnels observés. Mais dans quelle région faudra-t-il rechercher ces signes physiques ?

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les lésions débutent presque toujours dans le sommet du poumon. En effet, lorsqu'on fait l'autopsie d'un tuberculeux, si on coupe le poumon du haut en bas, du sommet à la base, on voit de suite que les lésions ne sont pas toutes au même stade dans toute la hauteur de l'organe, mais, au contraire, qu'elles sont bien plus mar-

quées au sommet qu'à la base. Si l'on se trouve avoir affaire à un tuberculeux à la troisième période, on constatera presque toujours l'existence de tubercules pas encore ramollis, depuis la base jusqu'au milieu du poumon ; au-dessus de la partie moyenne, on trouvera des tubercules ramollis et des cavernes en voie de formation et on n'aura les vraies cavernes qu'au sommet proprement dit. Si, au contraire, on a affaire à un tuberculeux moins avancé, on ne trouvera de lésions qu'au sommet et il n'y aura rien de bien net dans la partie inférieure du poumon. C'est donc bien au sommet du poumon que débutent les lésions de tuberculose pulmonaire.

On peut se demander pourquoi les lésions débutent de préférence au sommet plutôt que dans toute autre partie du poumon. Une explication en est donnée par Cassaët : « L'ascension du poumon est très apparente durant l'inspiration, dit-il, et donne l'impression que la ventilation doit être très active à ce niveau. Il n'en est rien. L'élévation pulmonaire du sommet est due presque tout entière à la dilatation des parties sous-jacentes du parenchyme, celles qui correspondent à la seconde ou à la troisième côte. Le sommet ne reçoit de l'air en effet que par une sorte de reflux, les bronches qui le lui apportent se trouvant obliquement embranchées sur celles du pédicule, dans une direction presque opposée à celle que suit le courant aérien. Cette difficulté de la ventilation du sommet permet de comprendre que certaines affections dystrophiques, comme l'emphysème, ou infectieuses, comme la tuberculose, ou mécaniques, comme

les pneumokonioses, affectent ce siège de préférence. »

Ainsi, il est démontré qu'il nous faudra, pour avoir les renseignements que nous cherchons, ausculter le sommet du poumon. Comment nous y prendrons-nous ? Les méthodes classiques d'auscultation du sommet du poumon consistent à appliquer l'oreille, en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, en avant, sous la clavicule. Depuis quelques années, pour atteindre la partie la plus élevée du poumon, qui, comme nous le montrerons tout à l'heure, dépasse la clavicule, on ausculte souvent, à l'aide du stéthoscope, dans le creux sus-claviculaire, au-dessus de la partie moyenne de la clavicule. Mais si l'on en croit le Dr Courtellemont, les résultats ne sont pas toujours très satisfaisants. D'après lui, en effet, il est assez rare de constater l'existence de signes physiques dans la région sus-claviculaire moyenne, du moins dans les cas où on n'en a trouvé dans aucune autre région. « On aurait pu, *a priori*, dit-il, attendre mieux de l'examen du creux sus-claviculaire, véritable dôme pulmonaire, portion la plus élevée du sommet. Or, si nous en croyons notre expérience personnelle, les faits de tuberculose décelables uniquement par l'examen du creux sus-claviculaire, c'est-à-dire introuvables en toute autre région, sont tout à fait exceptionnels. Par contre, il est fréquent de constater l'atteinte du dôme sus-claviculaire quand les régions sous-claviculaire ou sus-épineuse sont lésées ; il est possible que les altérations soient plus accentuées dans celui-là que dans celles-ci, et inversement, mais il est plus habituel qu'elles y soient au même degré. »

Le Dr Ramond chercha alors l'explication de ce fait

et fut amené à penser que l'auscultation dans le creux sus-claviculaire donnait des résultats souvent négatifs parce que, peut-être, on était, dans cette région, un peu loin du sommet du poumon, ce qui ne permettait pas à l'oreille d'entendre les légères modifications de la respiration que l'on trouve au début de la maladie. Nous allons voir que l'anatomie confirme cette hypothèse et qu'elle nous montre que c'est entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien que l'oreille se trouve être le plus près de la partie toute supérieure du poumon.

ANATOMIE

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les traités d'anatomie pour se rendre compte que tous les auteurs sont d'accord sur ce point, à savoir que le sommet du poumon déborde la première côte et la clavicule. Si, poussant plus loin, on cherche à apprécier de combien le poumon est supérieur à la clavicule, on s'aperçoit que les chiffres varient avec les auteurs; mais ce que tous affirment, nous le répétons, c'est que, chez un homme normal, le sommet du poumon déborde la clavicule.

D'autre part, il suffit de regarder une figure représentant les rapports du poumon avec la cage thoracique pour voir de suite que le sommet du poumon déborde la clavicule, non pas au niveau de la partie moyenne de cet os, mais bien au niveau de l'extrémité interne ou sternale de la clavicule. C'est ce que nous allons d'abord montrer, et nous ferons voir ensuite que c'est derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien que le sommet proprement dit du poumon est le plus facilement abordable à l'auscultation.

Nous ne pouvons mieux faire que de répéter ici ce que dit Poirier dans son *Traité d'Anatomie* : « Il ne faut pas considérer seulement, sous le nom de sommet du poumon, le point le plus élevé, mais toute la partie de l'organe située au-dessus d'un plan horizontal passant par l'origine du bord antérieur, c'est-à-dire par le bord supérieur de la première côte... En ce qui concerne ses rapports avec la clavicule, on peut admettre, avec Pausch, qui chez un sujet à thorax bien conformé, debout et respirant librement et paisiblement, le sommet déborde la clavicule de 1 à 3 centimètres, de telle sorte qu'un plan rasant horizontalement la face supérieure de cet os, *au voisinage de son extrémité sternale* (dans la pratique, un instrument piquant ou un projectile) *atteindra sûrement le poumon*. Topographiquement l'extrémité supérieure de celui-ci appartient donc a la région latérale et inférieure du cou.

« On comprend aisément que la hauteur dont le poumon dépasse la clavicule doit varier avec la position de cet os. On sait qu'il occupe un niveau plus ou moins élevé selon les individus et que, de plus, il s'élève ou s'abaisse lors des mouvements respiratoires ou des déplacements du membre supérieur. Pendant une forte inspiration, ou quand les épaules se haussent, le sommet du poumon peut ainsi ne plus déborder la clavicule, tandis que dans les conditions opposées, il est démasqué dans une étendue qui peut atteindre jusqu'à 5 centimètres (Pausch). D'après Merkel, ce maximum est loin d'être aussi élevé et ne serait pas supérieur à 3 cm. 5, tout au plus, mais très rarement à 4 centimètres. Merkel con-

teste formellement la possibilité d'une élévation plus considérable, telle que celle de 6 cm. 5, reconnue par Eichhorst (par la percussion) dans un cas d'emphysème.

« De ce fait que le sommet du poumon déborde la clavicule, il ne faut pas conclure qu'il fait saillie hors des limites de la cavité thoracique, par l'orifice que circonscrit la première côte. La plupart des auteurs admettent cependant, sans toutefois être d'accord sur les chiffres, qu'il dépasse cet os de 10 à 15 millimètres au niveau de sa partie moyenne (Luschka), de 12 à 15 millimètres (Sappey), 3 à 4 centimètres (Richet), 5 (Cruveilhier). Ces derniers chiffres sont certainement exagérés. Le sommet du poumon ne dépasse pas la première côte, en arrière, mais il s'élève un peu au-dessus, au voisinage de son milieu.

« En somme le trajet de la surface du sommet coïncide, sur presque toute sa longueur, avec celui de la première côte. Son obliquité est équivalente à celle du demi-arc osseux qui l'encadre, et ceci explique comment le poumon est vulnérable, en avant et sur les côtés, au-dessus de la clavicule, comment aussi c'est surtout latéralement, *en arrière de l'extrémité inférieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien qu'il est le moins masqué et le plus accessible à l'auscultation et à la percussion.* »

H. Barth dit que le bord supérieur du poumon remonte en avant jusqu'à 4 centimètres environ au-dessus de la clavicule, en arrière jusqu'au niveau de la septième vertèbre cervicale. « Le sommet du poumon fait ainsi, par l'orifice supérieur de la cage thoracique, une saillie

en forme de cône tronqué, plus ou moins volumineuse selon les sujets. »

Limite des poumons, face antérieure
(d'après Eichhorst*)*

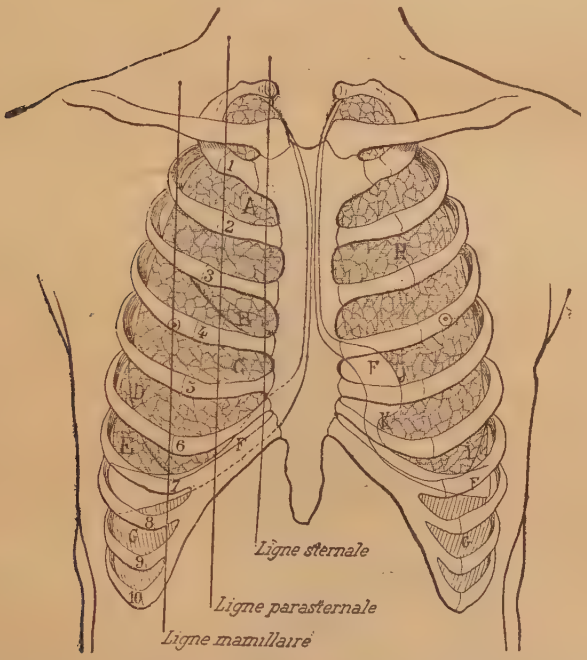


Figure extraite de Barth, Séméiologie de l'appareil respiratoire (*Nouveau Traité de Médecine* de Brouardel, Gilbert, Thoinot), Paris, 1908.

D'après Cassaët, « le sommet du poumon, plus élevé qu'il ne paraît, d'après la forme de la cage thoracique, déborde la clavicule d'une hauteur qu'on peut normalement évaluer à 4 ou 5 centimètres. Cette élévation est variable du reste, suivant l'inspiration et l'expiration, dans des limites assez étendues. Le poumon apparaît

alors sous forme d'une calotte de sphère qui comble une partie du creux sus-claviculaire *derrière le tiers interne de la clavicule.* »

Voyons maintenant quelle est la situation exacte du muscle sterno-cléido-mastoïdien à sa partie inférieure. Pour les uns il est constitué par deux faisceaux dont

Le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien (d'après MAUBRAC*)*

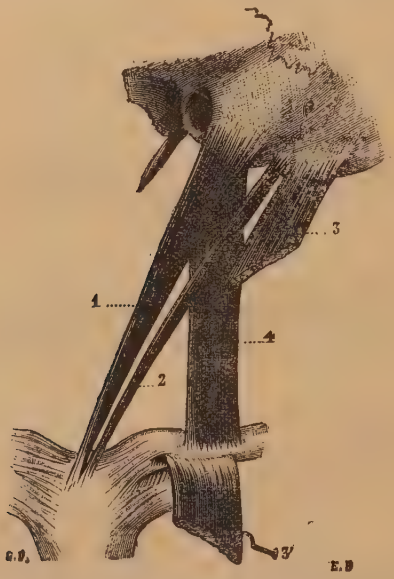


Figure extraite de Testut, Myologie (*Traité d'Anatomie humaine* t. I), Paris, 1899.

l'un, le chef sternal, s'insère sur la face antérieure du manubrium et dont l'autre, le chef claviculaire, se détache du quart interne de la clavicule. Pour les autres, il y a trois chefs, un chef sternal, un chef claviculaire superficiel et un chef claviculaire profond. Pour d'autres enfin il y a quatre sortes de faisceaux, des faisceaux

sterno-mastoïdiens, des faisceaux sterno-occipitaux, des faisceaux cléido-mastoïdiens et des faisceaux cléido-occipitaux. De toute façon, vu grossièrement, on peut ne considérer que deux parties : l'une qui part de la clavicule et l'autre du sternum et entre les deux on aperçoit une dépression, une fossette qui correspond à l'extrémité interne de la clavicule. Or nous venons de voir que le sommet du poumon débordait la clavicule derrière le tiers interne de cet os. C'est donc là que nous l'atteindrons le plus facilement par l'auscultation et rien ne nous empêchera de le faire puisque nous ne sommes séparés de lui à cet endroit que par la peau, le muscle peaucier, le tissu cellulaire et les aponévroses cervicales.

MODES D'AUSCULTATION

Nous montrerons bientôt que la position du sujet doit être un peu spéciale pour pratiquer une bonne auscultation, capable de donner tous les renseignements possibles. De même, la position de celui qui ausculte n'est pas indifférente, et, bien que cette auscultation d'une région qui, au premier abord, paraît assez difficilement accessible, ne semble pas devoir donner de bons résultats à cause de sa difficulté même, il est assez facile de se rendre compte, qu'avec un peu de pratique et d'attention, on arrive à ausculter d'une façon tout aussi parfaite que sur le thorax.

Mais d'abord, quels moyens emploierons-nous pour ausculter nos malades. Deux méthodes se présentent tout naturellement à l'esprit, et ce sont les deux méthodes classiques : d'une part l'auscultation immédiate, c'est-à-dire celle qui consiste à appliquer directement l'oreille sur la région à examiner, d'autre part l'auscultation médiate, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'un stéthoscope. A première vue, l'auscultation immédiate

paraît impossible, quand il s'agit de la région qui nous occupe, et il semble bien que l'on doive toujours être forcé de faire appel au stéthoscope. En effet, si l'on considère la partie cervicale inférieure correspondant à la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, on voit, en bas, la saillie formée par l'extrémité interne de la clavicule et constituant la base du triangle, puis, latéralement, deux autres saillies formées par les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et limitant, sur les côtés, le triangle où doit être pratiquée l'auscultation. On se demande alors si l'on peut vraiment appliquer l'oreille convenablement dans cette dépression et s'il n'est pas impossible de ne pas avoir recours, chaque fois, à l'aide du stéthoscope.

La vérité est que, dans beaucoup de cas, l'auscultation immédiate est difficile, sinon impossible, et qu'il faut alors employer le stéthoscope. Ce sont les cas, malheureusement trop nombreux, où l'on a affaire à des sujets maigres et chez lesquels la dépression, correspondant à la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, est tellement prononcée qu'il n'est pas possible d'appliquer exactement l'oreille sur la région. Ce sont encore les cas qui nous mettent en présence de malades possédant un cou trop court pour que la tête de celui qui ausculte puisse s'y placer sans trop de gêne, et pour que l'oreille puisse aller chercher la fossette sterno-cléido-mastoïdienne. Il est naturellement évident que, dans ces cas, on sera forcé de trouver un autre mode d'auscultation et qu'il faudra se servir du stéthoscope. Mais, chaque fois que ces cas ne se présenteront pas, chaque fois que

l'on aura affaire à un sujet suffisamment gras, chaque fois que nous aurons à ausculter un malade ayant un cou suffisamment long, chaque fois, en un mot, qu'il sera possible d'appliquer exactement et parfaitement l'oreille dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, alors il faudra absolument pratiquer l'auscultation immédiate, sans toutefois se priver complètement de l'usage du stéthoscope qui peut également rendre de très grands services.

Nous disons, il faudra, car, si le stéthoscope est un bon instrument d'auscultation pour le cœur parce qu'il permet, non d'entendre un bruit anormal dont l'oreille a déjà pu se rendre compte, mais de localiser exactement ce bruit, ce qui est, dans ce cas, de la plus haute importance, car les questions de localisation prédominent souvent, dans l'auscultation du cœur, celles qui ont trait au timbre et à la tonalité, au contraire il devient un instrument déplorable lorsqu'il s'agit de l'exploration du poumon ; et nous le montrerons plus loin par des observations de malades chez lesquels nous avons pratiqué les deux sortes d'auscultation, ce qui nous a permis d'avoir, avec l'oreille, des résultats beaucoup plus précis qu'avec le stéthoscope, soit que cet instrument déformât ou rendît méconnaissables les bruits pathologiques, soit qu'il assourdît ces bruits au point de ne pas les laisser arriver jusqu'à l'oreille, tandis qu'on les percevait très bien par l'auscultation immédiate.

A ce sujet, voici ce que dit H. Barth : « L'auscultation immédiate a été universellement adoptée, et en Allemagne même, le pays d'élection des méthodes instru-

mentales, on lui donne généralement la préférence, le stéthoscope étant réservé pour les cas où l'application de l'oreille n'est pas possible, et pour ceux où on a besoin de localiser très exactement les phénomènes perçus, dans un but d'enseignement, par exemple. » Ailleurs il nous dit: « Les stéthoscopes ordinaires atténuent les bruits, les stéthoscopes composés, multiplicateurs, etc. les déforment et les rendent souvent méconnaissables. Comme l'ont fait remarquer depuis longtemps Barth et Roger, aucun stéthoscope ne vaut une bonne oreille.

Cassaët est du même avis. « Ce sont, dit-il, des instruments de perfectionnement, qui ne doivent être employés qu'autant que l'oreille s'est assez familiarisée avec les bruits normaux ou anormaux, pour que la différence de sensation éprouvée, avant et après l'emploi du stéthoscope, ne soit pas faite pour la surprendre ; les bruits sont en effet légèrement modifiés. Les stéthoscopes qui occasionnent une sorte de renforcement des bruits, présentent aussi quelques inconvénients. Outre qu'il est toujours préférable de se priver d'une instrumentation quelconque, pour simple qu'elle soit, le renforcement obtenu peut ne pas transmettre intégralement la totalité des harmoniques. Le son est, par là même, partiellement uniformisé, au détriment de sa véritable signification pathologique : l'oreille est donc obligée de toujours contrôler le résultat fourni par l'auscultation médiate. Il y a par suite un intérêt indiscutable à s'appliquer du mieux qu'il est possible à l'auscultation immédiate. C'est la méthode qu'il faut utiliser d'une manière

à peu près exclusive, pour l'exploration de la poitrine, car elle renseigne plus exactement sur les lésions d'ensemble ou régionales. »

Si nous insistons tant sur le mode d'auscultation, ce qui, à première vue, peut sembler n'être qu'un point de détail, c'est que, depuis quelques années, depuis qu'on ausculte le poumon dans le creux sus-claviculaire, on a pris l'habitude de se servir presque exclusivement du stéthoscope. Il est naturellement évident que, dans cette région de même que dans le creux de l'aisselle, on ne peut faire autrement, puisqu'il est impossible d'y appliquer correctement l'oreille; mais, il ne faudrait pas vouloir généraliser et prétendre se servir uniquement du stéthoscope pour ausculter dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne. Et si nous trouvons que le Dr Courtellemont a raison lorsqu'il dit que le stéthoscope rend de très grands services dans l'exploration des sommets, parce que, grâce à sa forme, il rend facile l'auscultation des régions où l'oreille s'applique mal et par suite entend mal, par contre, nous ne sommes plus de son avis, du moins en ce qui concerne l'auscultation au niveau de la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, lorsqu'il ajoute que le stéthoscope permet, presque toujours, d'obtenir la précision chez tout sujet porteur de bruits anormaux peu nets : craquements limités et discrets, qu'ils soient secs ou humides. « Sans stethoscope, dit-il, il peut arriver qu'on reste hésitant devant de parcils signes et qu'on doute de leur origine ; le stéthoscope lève tous les doutes. Netteté plus grande, identité fréquente de ces bruits avec ceux qu'on percevait sans stéthoscope, ab-

sence de bruits artificiels, tels sont les éléments d'appréciation qu'il nous offre. »

Par conséquent, malgré ces affirmations et nous basant sur les résultats que nous avons obtenus, dont on pourra se rendre compte par nos observations et qui cadrent parfaitement avec ce que disent les deux auteurs précédemment cités, nous répèterons encore une fois que, pour la région qui nous occupe, l'auscultation immédiate est de beaucoup préférable lorsqu'il est possible de bien appliquer l'oreille dans la fossette, sterno-cléido-mastoïdienne, et que, dans ce cas, il faut absolument l'employer, sans pour cela, bien entendu, rejeter systématiquement le stéthoscope qu'on peut utiliser parallèlement.

TECHNIQUE DE L'AUSCULTATION

Voyons maintenant comment nous nous y prendrons pour ausculter la région sterno-cléido-mastoïdienne. Comme pour toute auscultation, quelle qu'elle soit, qu'on se serve du stéthoscope ou qu'on applique directement l'oreille sur la région à examiner, il faut se placer de façon à ne pas être gêné pour bien entendre, et en même temps, il faut mettre le malade dans une position telle qu'il puisse respirer facilement et librement, tout en permettant un abord facile de la région.

Si l'on a jugé que l'auscultation immédiate est possible, il faut dire au malade de tenir la tête droite, mais sans la faire porter en arrière ; donc pas d'hyperextension, ce qui pourrait gêner le malade dans sa respiration; puis on fera légèrement tourner la tête du côté opposé à celui que l'on veut ausculter. Avant de commencer, on s'assurera que le malade respire correctement. Alors on s'apprêtera à ausculter et pour être plus à son aise, il faudra se placer du côté opposé à celui que l'on veut examiner. Le malade sera autant que possible

debout, pour éviter au médecin d'avoir à se baisser ou à tourner le cou, de façon à éviter les bourdonnements d'oreille que peuvent occasionner ces postures pénibles. Enfin après avoir bien repéré la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, ce qui est toujours facile, il ne reste plus qu'à appliquer exactement l'oreille, sans trop appuyer, comme pour l'auscultation sous-claviculaire.

Lorsque, au contraire, on a jugé l'auscultation immédiate impossible, et que l'on veut se servir du stéthoscope, il y a également quelques règles à suivre pour obtenir de bons résultats, bien que cette auscultation soit, dans le cas qui nous occupe, plus facile que la précédente. Comme pour n'importe quel examen stéthoscopique, il faut que l'appareil soit placé bien perpendiculairement à la paroi et à l'oreille, et il faut que son pavillon s'applique exactement sur la région à ausculter, que le contact soit parfait, qu'il n'y ait pas de solution de continuité qui pourrait modifier les bruits perçus. Pour cela, il n'est pas nécessaire d'employer un autre stéthoscope que celui dont on se sert généralement partout, il suffit simplement que le pavillon de l'instrument ne soit pas trop large et puisse se loger entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, sans chevaucher sur l'un des faisceaux. Tout comme pour l'auscultation du cœur, la main qui a servi à bien placer le stéthoscope, ne devra pas être maintenue sur la tige de l'instrument pendant qu'on écoute, car son contact par frottement ou par pression, serait capable de déterminer des bruits que l'on pourrait croire pathologiques.

La position du malade est plus importante que celle du médecin qui, lorsqu'il ausculte la région sterno-cléido-mastoïdienne à l'aide du stéthoscope, peut se placer, s'il le désire, du côté à examiner, bien qu'il soit préférable, à notre avis, de se mettre du côté opposé ; en un mot, il se placera du côté qu'il juge le plus commode. Le malade devra être de préférence debout, la tête très légèrement penchée en avant et du côté à examiner, de façon à obtenir la résolution musculaire. Une fois la fossette repérée et le pavillon du stéthoscope bien en contact avec elle, il suffit d'appliquer l'oreille sur la plaque auriculaire, en ayant soin, comme nous l'avons dit, d'enlever la main, et surtout en appuyant très légèrement, car une compression un peu forte dans cette région sera pénible pour le malade et déterminera souvent la toux. Si nous disons que le malade doit de préférence être debout, c'est qu'ainsi le médecin évite des positions pénibles, et aussi parce que souvent, la disposition des lits ne permet pas de se placer du côté du malade où l'on voudrait être. Or, dans la plupart des cas, rien n'empêche ces malades d'être auscultés debout plutôt que dans leur lit.

Comme pour l'auscultation sous-claviculaire l'examen devra porter d'abord sur le murmure vésiculaire et ensuite sur le retentissement de la voix et de la toux. A l'état normal, voici ce que l'on trouve en auscultant dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne. L'inspiration est forte, presque rude ; l'expiration est plus prolongée et plus douce. La toux est soufflante et la voix résonne bien. Disons en passant que si on quitte la

région sterno-cléido-mastoïdienne pour aller ausculter en dehors du bord externe du muscle, dans le creux sus-claviculaire, on constate que tous ces symptômes vont en s'atténuant.

Nous pouvons dire encore une fois combien l'auscultation immédiate est supérieure au stéthoscope, lorsqu'il s'agit d'ausculter pendant la toux, et le Dr Courtellemont constate que, pour cet examen, il ne peut être employé dans tous les cas. L'auscultation pendant la toux est en effet presque impossible, avec le stéthoscope, dans la plupart des cas, car la paroi du malade qui tousse subit presque toujours de grandes secousses qui se transmettent à l'appareil et par suite à l'oreille, d'où pression pénible et même douleur pour le malade, et impossibilité d'entendre quoi que ce soit pour le médecin.

OBJECTIONS

Quand on ausculte pour la première fois dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, on est souvent gêné, et cela surtout lorsqu'on se sert d'un stéthoscope, par un bruit vasculaire, dû à l'artère sous-clavière. Quand on met l'oreille pour la première fois dans cette région, on est quelquefois frappé de l'intensité de ce bruit qui paraît couvrir presque complètement le murmure vésiculaire et semble devoir rendre tout à fait impossible une auscultation convenable. Cependant avec un peu d'habitude, et celle-ci s'acquiert au bout de très peu de temps, on arrive très facilement, sinon à ne plus entendre du tout le bruit causé par l'artère, mais du moins à ne plus être aucunement gêné par lui, et, par suite, à entendre parfaitement la respiration.

Il suffit, pour cela, tout simplement, de ne pas trop appuyer soit l'oreille, si l'on pratique l'auscultation immédiate, soit surtout le stéthoscope, quand celle-ci est impossible. De plus, quand on emploie le stéthoscope, il faut avoir soin de l'appliquer bien perpendiculaire-

ment à la paroi, et non pas l'enfoncer selon une direction qui, rasant obliquement la face supérieure de la clavicule, aboutirait, si elle était prolongée, derrière le bord postérieur de cet os.

En résumé, il faut éviter tout ce qui peut amener une compression de l'artère sous-clavière, car non seulement cette compression d'un vaisseau peut donner naissance à des souffles qui gèneraient l'auscultation, mais elle peut aussi, comme nous l'avons vu, être très pénible pour le malade et très difficile à supporter, et cela d'autant mieux qu'en comprimant l'artère sous-clavière, on peut comprimer également les deux nerfs qui la croisent en avant dans cette région, le nerf pneumogastrique et le nerf phrénique.

Il nous faut ajouter que, théoriquement, on devrait être plus gêné par l'artère sous-clavière gauche que par la droite, étant donné que la première, de par sa direction verticale dans sa première partie, monte plus haut que la seconde qui a une direction oblique en dehors. Pratiquement cependant il n'en est rien, et il n'est pas plus difficile d'ausculter dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne gauche que dans la droite.

Une autre objection plus importante pourrait être faite à ce mode d'auscultation et elle vient tout naturellement à l'esprit. En effet, il est facile de remarquer que lorsqu'on pratique l'auscultation dans le triangle sterno-cléido-mastoïdien, on se trouve avoir l'oreille sur une région qui, si elle est très près du sommet du poumon, se trouve en même temps être dans le voi-

sinage immédiat de la trachée. On est donc amené, étant donné ce voisinage, à penser à l'existence d'un souffle, d'origine trachéale, qui pourrait, par propagation, se faire entendre dans la région sterno-cléido-mastoïdienne. Par suite il serait possible de mal entendre et même de se tromper, en pratiquant l'auscultation dans cette région, soit que le murmure vésiculaire soit complètement couvert par le souffle trachéal, soit que ce souffle ne fit que gêner l'oreille, soit enfin qu'il soit pris pour un souffle d'origine pulmonaire. Or, il est peut-être vrai que la respiration, qui, ainsi que nous l'avons vu, est un peu rude dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, se trouve être très légèrement influencée par le voisinage de la trachée, mais si nous nous en rapportons aux résultats que nous ont fournis nos différentes recherches, nous ne trouvons pas de traces de souffle trachéal entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et nous n'avons jamais été gêné, dans notre auscultation, par l'existence d'un pareil souffle.

D'ailleurs, pour qu'un souffle entendu entre les deux chefs du muscle pût être diagnostiqué souffle d'origine trachéale, il faudrait, s'il a par exemple été entendu à gauche, qu'il fût ensuite également entendu dans la région correspondante à droite ; car il n'y a aucune raison pour qu'un souffle trachéal entendu d'un côté, à une certaine distance, par propagation, ne se propage pas également à la même distance, du côté opposé. Or, au cours de nos recherches, nous ne nous sommes jamais trouvé en présence d'un pareil cas. Nous ne pou-

vons mieux faire, à ce propos, que de présenter une observation de pneumothorax gauche, observation due à l'obligeance du Dr Ramond, et dans laquelle on verra qu'un souffle trachéal entendu par propagation sous la clavicule gauche, près du sternum, n'est par contre aucunement perçu par l'auscultation dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne.

Observation

Il s'agit d'une femme de 48 ans. Cette femme est une ancienne bacillaire qui a toussé et qui a présenté quelques légères hémoptysies. Elle aurait eu une poussée grippale il y a trois semaines ; puis quatre jours après, elle a été prise d'une douleur dans le côté gauche. Cette douleur n'est pas très violente. La malade présente de la dyspnée.

Inspection. — On constate facilement une grosse voussure du côté gauche. On remarque en même temps que la partie inférieure du même côté est complètement immobile et que les espaces intercostaux ne sont plus déprimés à chaque inspiration.

Percussion. — La sonorité thoracique est exagérée sur toute la hauteur du poumon gauche. On constate également l'existence très nette du signe du sou.

Palpation. — Les vibrations vocales sont complètement abolies.

Auscultation sous-claviculaire:

A droite. — La respiration est normale.

A gauche, — On n'entend pas le murmure vésiculaire qui est complètement aboli. Mais si on écoute en avant, près du sternum, et en arrière près de la colonne vertébrale, on constate l'existence d'un souffle voilé, lointain, faiblement amphorique. Les battements cardiaques paraissent également lointains.

Auscultation dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne :

A droite. — La respiration est normale. (Inspiration forte. Expiration plus douce et prolongée.)

A gauche. — On constate une abolition *totale* du bruit respiratoire.

L'air ne pénètre donc plus dans le poumon gauche et le léger souffle amphorique provient donc de la propagation du souffle trachéal à travers la poche aérienne gauche.

Enfin nous devons signaler que quelquefois, lorsqu'on examine des anémiques ou des chlorotiques, il se peut que l'on soit très gêné dans l'auscultation par un bruit vasculaire très fort et assez comparable au bruit de rouet. Ce bruit est dû à la dilatation des veines jugulaires. Mais il est plus fréquent de le rencontrer dans la région sus-claviculaire, au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, que dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne. Nous en avons un exemple dans l'observation XVI.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Nous allons maintenant exposer les diverses observations que nous avons recueillies sur ce sujet, dont les unes sont dues à l'obligeance du Dr Ramond, et dont les autres sont le résultat de nos recherches personnelles.

Pour la commodité de la description, nous les avons divisées en trois séries bien distinctes. Dans la première nous avons rangé les observations de malades chez les quels nous avons obtenu un résultat positif, c'est-à-dire chez lesquels nous avons pu faire un diagnostic de tuberculose pulmonaire au début par l'auscultation du sommet entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, tandis que partout ailleurs on n'entendait rien d'anormal.

Nous avons placé dans une deuxième série des observations dans lesquelles on verra l'auscultation dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne confirmer les résultats obtenus par les auscultations classiques, ou même donner des résultats plus nets et plus précis.

Enfin, dans la dernière série, nous avons mis les ob-

servations de malades chez lesquels nous n'avons pas obtenu de résultats par l'auscultation que nous préconisons, tandis que nous avions des résultats positifs par les auscultations classiques.

Pour simplifier les choses, disons une fois pour toutes, que nous donnerons à cette auscultation spéciale, au cours de l'exposé des observations, le nom d'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne.

A. — Résultats positifs acquis seulement par l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne

Observation I (Dr Ramond).

M. X..., interne des hôpitaux, âgé de 25 ans. A la suite d'une fièvre typhoïde, la résolution se fait très lentement. La température continue à rester dans les environs de 38°, quelques jours après la convalescence. Le malade n'arrive pas à reprendre ses forces et on ne constate pas d'augmentation de poids. On se demande si on se trouve en présence d'une reprise de dothiénentérie ou si le malade fait de la bacillose.

Percussion. — On n'obtient aucun résultat.

Auscultations classiques. — Le malade est ausculté par plusieurs médecins, à diverses reprises, mais on ne lui trouve aucun signe de bacillose.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

A droite. — La respiration est normale.

A gauche. — Le Dr Ramond constate une inspira-

tion rude et de plus quelques râles crépitants au moment de la reprise inspiratoire après la toux.

Alors le traitement du malade est changé. On lui fait faire de la réalimentation intensive et on l'envoie faire un séjour à la campagne. La température persiste encore pendant trois semaines puis redevient normale. En deux mois le malade augmente de 6 kilos et reprend son embonpoint antérieur. Actuellement l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne ne donne aucun symptôme appréciable.

Observation II (*Personnelle*).

M. R..., âgé de 22 ans, exerce la profession de chauffeur. Malade depuis trois mois, il a été récemment réformé du service militaire. Il présente actuellement des signes de pleurésie droite. La matité est absolue à la base droite et les vibrations sont complètement abolies. A l'auscultation, il persiste des râles de congestion. Il n'y a pas de son skodique sous la clavicule et une ponction exploratrice montre qu'il n'y a pas de liquide. Le malade présente en outre des signes fonctionnels de bacillose au début, toux, faiblesse générale, perte d'appétit, amaigrissement, signes qui nous ont amené à l'examiner à ce point de vue.

Percussion. — On ne trouve pas de différence appréciable entre les deux sommets.

Palpation. — Les vibrations sont sensiblement égales à droite et à gauche.

Auscultation sous-claviculaire. — La respiration est normale des deux côtés.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

a) *Auscultation stéthoscopique.*

A gauche. — Murmure vésiculaire normal.

A droite. — Respiration un peu moins forte.

b) *Auscultation immédiate.*

A gauche. — Respiration normale.

A droite. — La différence est très nette. La respiration est très diminuée et le murmure vésiculaire est très assourdi. Donc supériorité de l'auscultation immédiate sur l'auscultation stéthoscopique.

Observation II (Dr Ramond).

Mme C..., âgée de 25 ans. N'a jamais été malade, n'a pas d'antécédents bacillaires. Elle se sent fatiguée depuis environ un an et tousse depuis un mois.

Auscultations classiques :

En arrière. — On ne trouve rien ni d'un côté, ni de l'autre.

Sous la clavicule. — La respiration est normale à gauche et à droite.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

A droite. — Respiration normale.

A gauche. — Par l'auscultation immédiate, on trouve une inspiration un peu rude et surtout du retentissement de la toux très marqué.

Observation IV (*Personnelle*).

M^lle^ Marie B..., 23 ans, infirmière. Cette jeune fille est forcée d'interrompre son service parce qu'elle se sent très fatiguée. On prend sa température qui est de 38°. Elle n'a jamais été malade, mais elle a remarqué qu'elle se fatiguait facilement depuis environ deux mois et que ses forces allaient en diminuant de jour en jour, Elle n'a jamais toussé ni eu d'hémoptysies. Depuis deux mois elle a perdu l'appétit et a maigri de 4 kilos. La température redevient normale au bout de trois jours de repos.

Inspection. — Rien de bien particulier.

Percussion. — En arrière il n'y a pas de différence entre les deux côtés. En avant il y a peut-être un peu de submatité au sommet droit.

Palpation. — Les vibrations sont égales à gauche et à droite.

Auscultations classiques :

En arrière. — La respiration est normale aux deux sommets.

Sous la clavicule. — La respiration est également normale des deux côtés.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

A gauche. — La respiration est normale.

A droite. — L'inspiration est rude, un peu saccadée et l'expiration est soufflante. On constate également un retentissement très marqué de la toux.

B. — Résultats positifs obtenus par les auscultations classiques et confirmés ou rendus plus précis par l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne.

Observation V (*Personnelle*).

M. Louis A... est âgé de 35 ans et exerce la profession de journalier. Il vient à l'hôpital parce qu'il tousse. Le malade raconte qu'il toussait déjà un peu depuis l'hiver dernier, mais qu'il est malade surtout depuis deux mois après avoir pris froid en travaillant un jour à la pluie. A partir de cette époque, il a dû quitter son travail. Amaigrissement notable ; quelques sueurs nocturnes et faiblesse générale.

Percussion. — On trouve de la matité au sommet gauche.

Palpation. — On constate que les vibrations sont un peu augmentées au sommet gauche.

Auscultation sous-claviculaire :

A gauche. — La respiration est modifiée. L'inspiration est rude et un peu saccadée, l'expiration est soufflante. On entend de plus quelques râles sous-crépitants surajoutés et la toux est retentissante.

A droite. — On a simplement une respiration un peu rude.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne. — On est forcé de se servir du stéthoscope.

A gauche. — On a les mêmes signes que par l'auscultation sous-claviculaire : respiration rude et souf-

flante, râles sous-crépitants et retentissement de la toux.

A droite. — On n'entend rien de bien net.

Donc ici, les résultats sont simplement confirmés. De plus il nous faut ajouter que dans ce cas on n'entendait rien en auscultant au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, en dehors du bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Observation VI (*Personnelle*).

M. Joseph P..., âgé de 25 ans. Valet de chambre. Vient consulter parce qu'il tousse depuis trois semaines, dit il ; il est plus malade depuis huit jours surtout. Il a eu quelques crachats striés de sang pendant deux ou trois jours. Il dit avoir un peu maigri et avoir un peu moins d'appétit. Quelques sueurs la nuit.

Percussion. — On constate une légère submatité au sommet gauche.

Palpation. — On ne trouve pas la différence appréciable entre les deux côtés.

Auscultation sous-claviculaire :

A gauche. — La respiration est rude, en même temps un peu soufflante et légèrement saccadée. Il n'y a pas de bruits surajoutés. La toux est un peu retentissante.

A droite. — La respiration est normale.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne. — On est obligé dans ce cas d'employer le stéthoscope.

A gauche. — On entend tout simplement une respiration très assourdie ; le murmure vésiculaire est très

diminué. De plus il n'y a pas comme sous la clavicule, de retentissement de la toux.

A droite. — La respiration est normale.

Cette observation montre que le diagnostic fait par l'auscultation sous-claviculaire est confirmé, mais à l'aide de symptômes différents, par l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne.

Observation VII (*Personnelle*).

M. Jean C..., journalier, est âgé de 41 ans. Il tousse depuis l'année 1906, mais il se sent plus malade depuis le mois d'avril dernier et il tousse beaucoup plus, surtout depuis une quinzaine de jours. Il a souvent eu des crachats striés de sang. Son appétit a diminué et il a beaucoup maigri. Il ne présente pas de vomissements après le repas. Quelques sueurs nocturnes.

Inspection. — Le malade présente de l'adénopathie sous-maxillaire et on constate un amaigrissement assez prononcé.

Palpation. — Les vibrations sont à peu près égales à droite et à gauche.

Percussion. — On trouve un peu de submatité au sommet gauche, mais en avant seulement.

Auscultations classiques :

En arrière. — A droite, la respiration est normale.

A gauche, on entend une inspiration rude et une expiration soufflante et prolongée. On trouve de plus quelques craquements surajoutés.

Sous la clavicule. — A droite, la respiration est normale.

A gauche, on constate une inspiration rude, saccadée, granuleuse. L'expiration est assourdie. Il n'y a ni craquements, ni râles. La toux est retentissante.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne. — L'auscultation stéthoscopique est seule possible.

A droite. — La respiration est normale.

A gauche. — Les symptômes ne sont plus les mêmes. Le murmure vésiculaire est très assourdi. Il y a du retentissement de la toux.

Donc, comme dans l'observation précédente, il y a confirmation, mais avec des symptômes différents.

Observation VIII (*Personnelle*).

M. Louis D..., âgé de 36 ans, exerce la profession de garçon de café. Est malade depuis environ un an, mais tousse beaucoup plus depuis trois mois.

Le malade n'a pas eu d'hémoptysies. Il a perdu l'appétit et a beaucoup maigri. Quelques vomissements après les repas.

Inspection. — Amaigrissement très net.

Palpation. — On constate que les vibrations sont augmentées au sommet droit.

Percussion. — Il y a de la matité au sommet droit.

Auscultation sous-claviculaire.

A gauche. — La respiration est normale.

A droite. — On entend une inspiration un peu rude

et saccadée ; l'expiration est soufflante et prolongée et la toux est légèrement retentissante.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

a) *Auscultation stéthoscopique.*

A gauche. — Respiration normale.

A droite. — On a exactement les mêmes signes que par l'auscultation sous-claviculaire.

b) *Auscultation immédiate.*

A gauche. — Respiration normale.

A droite. — On a encore les mêmes symptômes, mais cette fois tous sont beaucoup plus marqués. L'inspiration est beaucoup plus rude, plus saccadée et de tonalité plus basse. L'expiration est plus soufflante. Le retentissement de la toux est également beaucoup plus marqué.

Dans ce cas, l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne fait donc mieux que de confirmer les résultats obtenus par l'auscultation sous-claviculaire puisqu'elle nous les fait apprécier plus nettement et avec plus de précision. Elle nous montre de plus la supériorité de l'auscultation immédiate sur l'auscultation stéthoscopique.

Observation IX (*Personnelle*).

M. X..., âgé de 38 ans, serrurier. Dans les antécédents du malade, on trouve une pleurésie gauche il y a deux ans. Il tousse depuis un an environ, et présente des crachats striés de sang depuis huit jours. Actuellement on trouve une pleurésie gauche en évolution, mais il

n'y a pas d'épanchement. De plus, léger amaigrissement et un peu de dyspnée.

Percussion. — On trouve un peu de submatité au sommet gauche, en avant.

Palpation. — Les vibrations sont un peu augmentées, également au sommet gauche, en avant.

Auscultation sous-claviculaire :

A droite. — La respiration est normale.

A gauche. — On trouve simplement une respiration rude et un peu de retentissement de la toux.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

a) *Auscultation stéthoscopique.*

A droite. — Respiration normale.

A gauche. — La respiration semble être un peu plus forte que de l'autre côté.

b) *Auscultation immédiate.*

A droite. — Respiration normale.

A gauche. — On entend un gros souffle tubaire et de plus quelques craquements surajoutés. Le retentissement de la toux est également très marqué.

Résultats plus précis que par l'auscultation sous-claviculaire et supériorité manifeste de l'auscultation immédiate.

Observation X (*Personnelle*).

M. André S..., âgé de 49 ans. Ébéniste.

Ce malade est un bacillaire avéré. Il tousse beaucoup, surtout depuis six mois.

Inspection. — Amaigrissement très marqué.

Auscultations classiques :

a) *En arrière.* — On trouve à gauche et à droite des râles sous-crépitants et des souffles caverneux.

b) *Sous la clavicule.* — On ne trouve pas de signes bien nets, ni d'un côté, ni de l'autre.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

a) *Auscultation stéthoscopique.* — On constate des deux côtés une respiration très soufflante, avec des râles sous-crépitants surajoutés.

b) *Auscultation immédiate.* — A gauche et à droite, on entend un gros souffle tubaire accompagné de râles sous-crépitants. De plus il y a du retentissement de la toux à gauche.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'auscultation en avant, car on n'entendait rien par la seule auscultation sous-claviculaire.

Observation XI (*Personnelle*).

M. Eugène L..., âgé de 18 ans. Ce malade est, de même que le précédent, un bacillaire certain. Il tousse depuis six mois.

Auscultations classiques :

a) *En arrière.* — On trouve des signes très nets de bacillose.

b) *Sous la clavicule.* — La respiration est normale à gauche et à droite.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne. — Nous

n'avons pratiqué dans ce cas que l'auscultation immédiate.

A droite. — On a des signes très nets. On trouve des râles fins, des craquements surtout après la toux.

A gauche. — On constate une respiration soufflante et un peu de retentissement de la toux.

Comme dans la précédente observation, on ne trouverait rien en avant par la seule auscultation sous-claviculaire.

Observation XII (Dr Ramond).

M. X..., 47 ans. Bacillaire. Le début de la maladie remonte à un an. Le malade a eu quelques hémoptysies depuis six mois.

Auscultations classiques :

a) *En arrière.* — On ne trouve rien à droite, et à gauche on entend de petits râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse.

b) *Sous la clavicule.* — La respiration est à peu près égale des deux côtés. On n'entend pas de râles surajoutés. Il n'y a pas de retentissement de la toux.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

A droite. — La respiration est normale.

A gauche. — On trouve nettement une inspiration très soufflante.

Mêmes résultats que dans les deux observations précédentes.

Observation XIII (Dr Ramond).

Mlle X..., âgée de 22 ans. Cette jeune fille présente des signes fonctionnels de bacillose : toux sèche, anorexie, amaigrissement.

Percussion. — On trouve de la submatité en avant, sous la clavicule, du côté droit.

Palpation. — On ne constate pas de modifications des vibrations.

Auscultation sous-claviculaire :

A gauche. — La respiration est normale.

A droite. — On trouve de la diminution du murmure vésiculaire. Il n'y a pas de craquements ni de râles. La toux est retentissante.

A partir de ce moment, la malade suit un traitement et est revue trois mois après. Il y a une amélioration notable de l'état général. L'appétit est revenu et le poids a augmenté de 3 kilos. La malade tousse beaucoup moins et il n'y a pas d'expectoration.

Percussion. — On ne trouve plus sous la clavicule droite la submatité qui était très nette, lors du premier examen.

Auscultation sous-claviculaire :

A gauche. — Respiration normale.

A droite. — On a simplement une très légère diminution du murmure vésiculaire, beaucoup moins marquée que la première fois. Il n'y a plus de retentissement de la toux.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

A gauche. — Murmure vésiculaire normal.

A droite. — La respiration est beaucoup plus diminuée et affaiblie que sous la clavicule. Il n'y a pas de retentissement de la toux.

Résultats plus nets que par l'auscultation sous-claviculaire.

Observation XIV (*Personnelle*).

Mme X..., 23 ans, journalière. A déjà été soignée il y a trois mois pour bacillose. La malade a eu une pleurésie il y a six ans et tousse peu actuellement. Anorexie. Pas de vomissements. Elle présente en ce moment une superbe roséole accompagnée d'une céphalée assez violente et d'un mal de gorge avec enrouement.

Percussion. — Il y a une légère submatité sous la clavicule droite.

Auscultations classiques :

a) *En arrière.* — Dans la fosse sus-épineuse droite, on trouve quelques craquements et un peu de retentissement de la voix et de la toux.

b) *Sous la clavicule.* — Il n'y a rien à gauche. A droite, on trouve simplement une respiration un peu rude.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

A droite. — L'inspiration est rude et un peu saccadée. L'expiration est soufflante. On ne trouve pas de craquements. Il y a du retentissement de la toux.

A gauche. — Respiration normale.

C. — Résultats positifs obtenus par les auscultations classiques et négatifs par l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne.

Observation XV (*Personnelle*).

M. Samson L..., âgé de 53 ans. Terrassier. Bacillose au début, emphysémateuse et fibreuse, sans symptômes de ramollissement.

Le malade nous dit qu'il est souffrant depuis huit mois environ. Il a eu à plusieurs reprises quelques crachats légèrement striés de sang. Il se plaint de fatigue, de faiblesse générale et d'essoufflement. Il a peu d'appétit et présente quelquefois des vomissements après les repas. Amaigrissement. Toux.

Inspection. — Le thorax est déformé et présente une voussure due à l'emphysème et plus prononcée à gauche.

Palpation. — Les vibrations sont sensiblement égales des deux côtés.

Percussion. — On constate une légère submatité, en avant, sous la clavicule droite.

Auscultation sous-claviculaire :

A droite. — On constate que la respiration est plus forte que normalement, mais non pas rude. On n'entend pas de râles surajoutés, et le principal symptôme est le retentissement bien marqué de la toux.

A gauche.— La respiration est assourdie, voilée ; c'est une respiration d'emphysème.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

a) *Auscultation stéthoscopique.* — La respiration est la même des deux côtés. La seule différence est que la toux est légèrement plus retentissante à droite qu'à gauche.

b) *Auscultation immédiate.* — De même qu'avec le stéthoscope, on constate que la respiration est égale des deux côtés, mais il y a plus de différence dans le retentissement de la toux qui est beaucoup plus marqué à droite qu'à gauche.

Donc, dans ce cas, l'auscultation sous-claviculaire donne des renseignements plus précis que l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne, mais on voit également que l'auscultation immédiate est plus nette que l'auscultation stéthoscopique.

Observation XVI (*Personnelle*).

M. Pierre L..., moulurier, est âgé de 50 ans. Il entre à l'hôpital pour rhumatisme chronique qui dure depuis six ans. Il n'a jamais eu d'autre maladie, mais il a un peu maigri et il a un peu moins d'appétit qu'autrefois.

Inspection. — On remarque une voussure très ancienne du thorax, très probablement d'origine rachitique.

Palpation. — Les vibrations sont sensiblement diminuées au sommet gauche en avant.

Percussion. — On trouve très nettement de la submatité sous la clavicule gauche.

Auscultation sous-claviculaire.

A gauche. — Il y a de la diminution du murmure vésiculaire. La respiration est très affaiblie. Respiration d'emphysème.

A droite. — La respiration est très légèrement assourdie, presque normale.

Auscultation sterno-cléido-mastoïdienne :

On ne trouve pas de différence sensible entre les deux côtés, qu'on se serve du stéthoscope ou qu'on pratique l'auscultation immédiate.

Si on ausculte au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, dans le creux sus-claviculaire gauche, on entend très difficilement la respiration, car elle est couverte par un bruit vasculaire continu, bruit assez comparable au bruit de rouet et dû à la dilatation des veines jugulaires du malade qui est un subasystolique. Ce bruit vasculaire est tout à fait semblable à celui que l'on entend chez les chlorotiques et les anémiques.

DISCUSSION

Il est facile de remarquer, ainsi que le montrent les différentes observations que nous venons d'exposer, que le nombre de cas où le diagnostic d'une tuberculose tout à fait au début a été obtenu par la seule auscultation dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, est relativement assez restreint. Nous n'avons jamais eu d'ailleurs la prétention de vouloir révolutionner l'auscultation classique, et nous n'affirmons nullement que nous pouvons faire, chaque fois que le cas se présente, un diagnostic précoce de tuberculose, à l'aide de l'auscultation que nous préconisons. La vieille auscultation de Laënnec restera toujours la meilleure et sera toujours celle qui donnera le plus de certitude.

Nous avons simplement voulu montrer que, dans certains cas, malheureusement assez rares, on pouvait dépister une tuberculose initiale à l'aide de ce procédé et que, dans de nombreux cas, on pouvait avoir la confirmation des renseignements obtenus par l'auscultation classique. « L'auscultation du sommet (dans la fossette

sterno-cléido-mastoïdienne), à l'état pathologique, dit le Dr Ramond, ne donne des symptômes utiles que dans les cas où le sommet est véritablement intéressé par le processus morbide. Ces symptômes peuvent alors précéder ceux tirés de l'auscultation des zones sous-claviculaires et scapulaires ; c'est là, il est vrai, une circonstance assez rare ; et le plus souvent, même dans les inflammations nettement circonscrites au dôme pulmonaire, la méthode classique donne des résultats plus probants. Toutes les fois que la lésion dépassera la région très limitée du sommet, et c'est là le cas de beaucoup le plus fréquent, les procédés ordinaires seront préférables. En résumé, l'auscultation du sommet ne s'applique qu'à un nombre restreint de faits où elle permet quelquefois de dépister une inflammation au début, avant toute autre investigation ; mais le plus souvent, nous le répétons, elle se borne à confirmer les résultats obtenus par les procédés classiques. »

Enfin, dans certains cas, on a vu que l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne ne nous donnait aucun résultat, tandis que les lésions étaient évidentes et que l'auscultation classique donnait des renseignements très précis. Nous étions alors très probablement en présence de cas où les lésions n'atteignaient pas la partie toute supérieure du sommet, celle que l'on examine par le procédé que nous indiquons. Le Dr Ramond a pu avoir une fois la preuve de ce fait par un examen radioscopique qui montra que le sommet était clair, tandis que les tubercules siégeaient un peu au-dessous.

Nous ne nous sommes occupés de l'auscultation ster-

no-cléido-mastoïdienne qu'au point de vue de la tuberculose du sommet, parce que c'était celui qui nous intéressait le plus particulièrement. Cependant, nous signalerons que cette auscultation peut donner des résultats appréciables dans la pneumonie localisée au sommet, au cours de la pleurésie séro-fibrineuse à grand épanchement, ou dans l'emphysème du sommet.

CONCLUSIONS

1° Les lésions de la tuberculose pulmonaire débutent presque toujours dans le sommet du poumon.

2° L'anatomie nous montre que c'est au niveau de la fossette comprise entre les deux chefs du muscle sterno-cléido mastoïdien que l'oreille est le plus près du sommet du poumon.

3° On devra pratiquer l'auscultation immédiate chaque fois qu'il sera possible de le faire et n'employer le stéthoscope que dans les autres cas.

4° Dans quelques cas, quand les lésions sont limitées à la partie toute supérieure du sommet, on obtient des résultats très nets par l'auscultation entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et seulement par cette auscultation.

5° Dans de nombreux cas, quand les lésions dépassent le sommet, on obtient par l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne des résultats qui confirment ceux qu'on a pu obtenir par l'auscultation classique, ou leur donnent plus de netteté.

6° Dans d'autres cas, quand les lésions sont inférieures au sommet, l'auscultation sterno-cléido-mastoïdienne ne donne aucun résultat, tandis qu'on en obtient par l'auscultation classique.

7° Cette auscultation peut également rendre des services dans des cas de pneumonie, de pleurésie et d'emphysème.

Vu : le Président de la thèse
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BARBIER. — Tuberculose pulmonaire. Nouveau Traité de médecine, t. XXIX, Paris, 1910.

BARTH. — Sémiologie de l'appareil respiratoire. Nouveau Traité de médecine, t. XXVIII, Paris, 1908.

CASSAËT. — Auscultation et percussion.

COLLET. — Pathologie interne, 1903.

COURTELLEMONT. — Auscultation stéthoscopique des sommets. Extrait de « La Clinique », n° 44, 1er novembre 1907.

POIRIER ET CHARPY. — Traité d'anatomie humaine, 1901.

Tome II. Myologie.

Tome IV. Appareil respiratoire.

RAMOND. — Auscultation du sommet du poumon. Extrait du « Progrès médical », n° 27, 3 juillet 1909.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, 1899.

Tome I. Myologie.

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.